

Problematiche Neuropsichiatriche dei minori migranti : fattori di rischio e di protezione

L'esperienza dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Stefano Vicari, Paola De Rose
UOC Neuropsichiatria Infantile

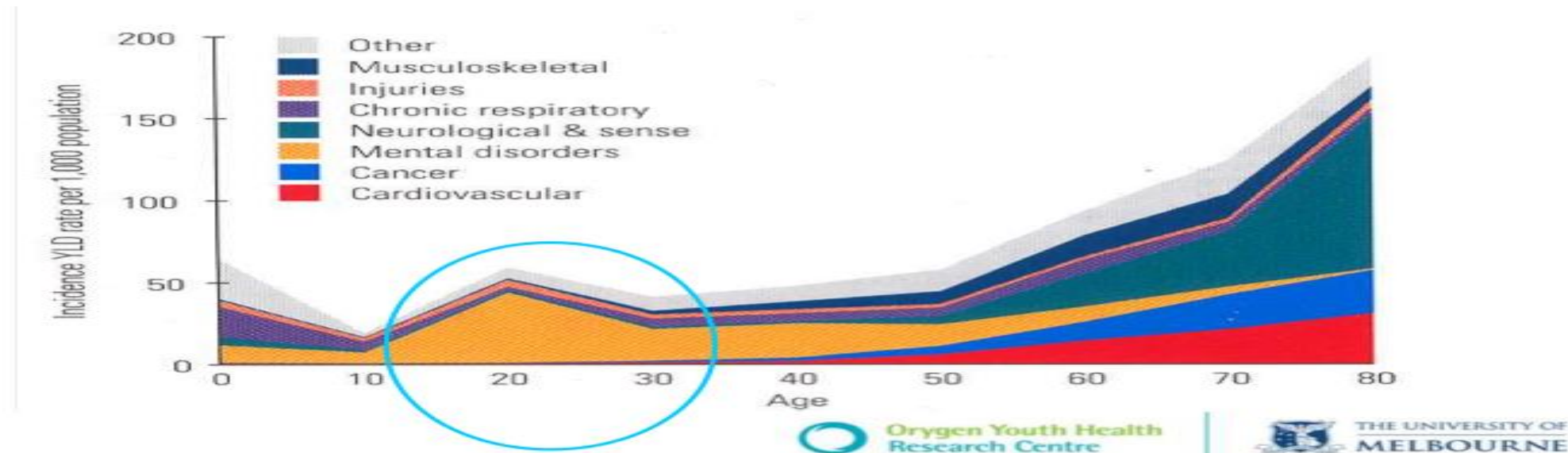
INDICE

- La salute mentale in età evolutiva
- La salute mentale nei migranti in età evolutiva
- Emergenza psichiatrica nei migranti ricoverati all'OPBG
- I migranti non accompagnati ricoverati all'OPBG
- Progetto Care

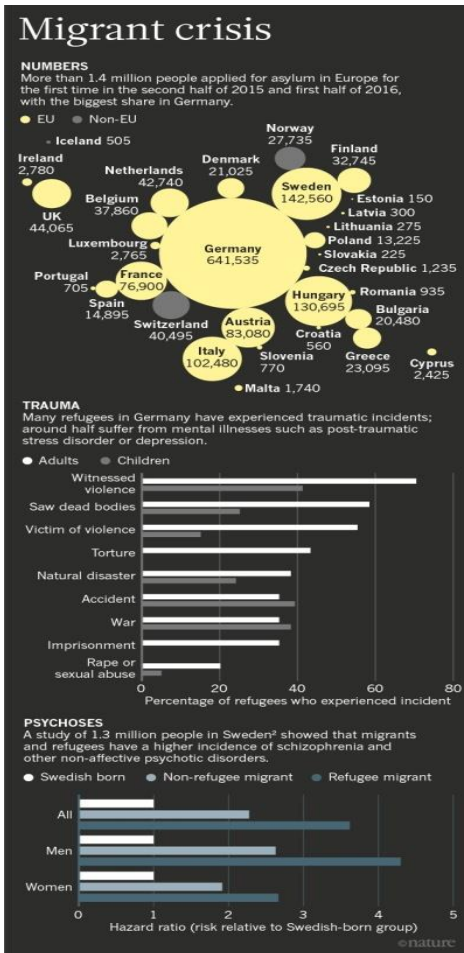
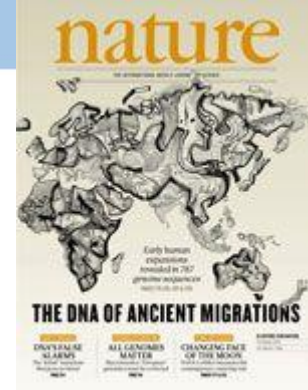


La salute mentale in età evolutiva

- ✧ Il **7-10%** di bambini e adolescenti è esposto al rischio di una malattia psichiatrica (WHO)
- ✧ La prevalenza nella popolazione generale è stata stimata intorno al **20%** (Bird, 1996; Verhulst, 1995)
- ✧ Esordio dei disturbi mentali entro i **25** anni nel **75%** dei casi (Patel, Fisher et al., 2007)
- ✧ Il **picco d'incidenza** delle patologie psichiatriche si ha tra i **12** ed i **35** anni (Patel, Fisher et al., 2007)



La salute mentale dei migranti in età evolutiva

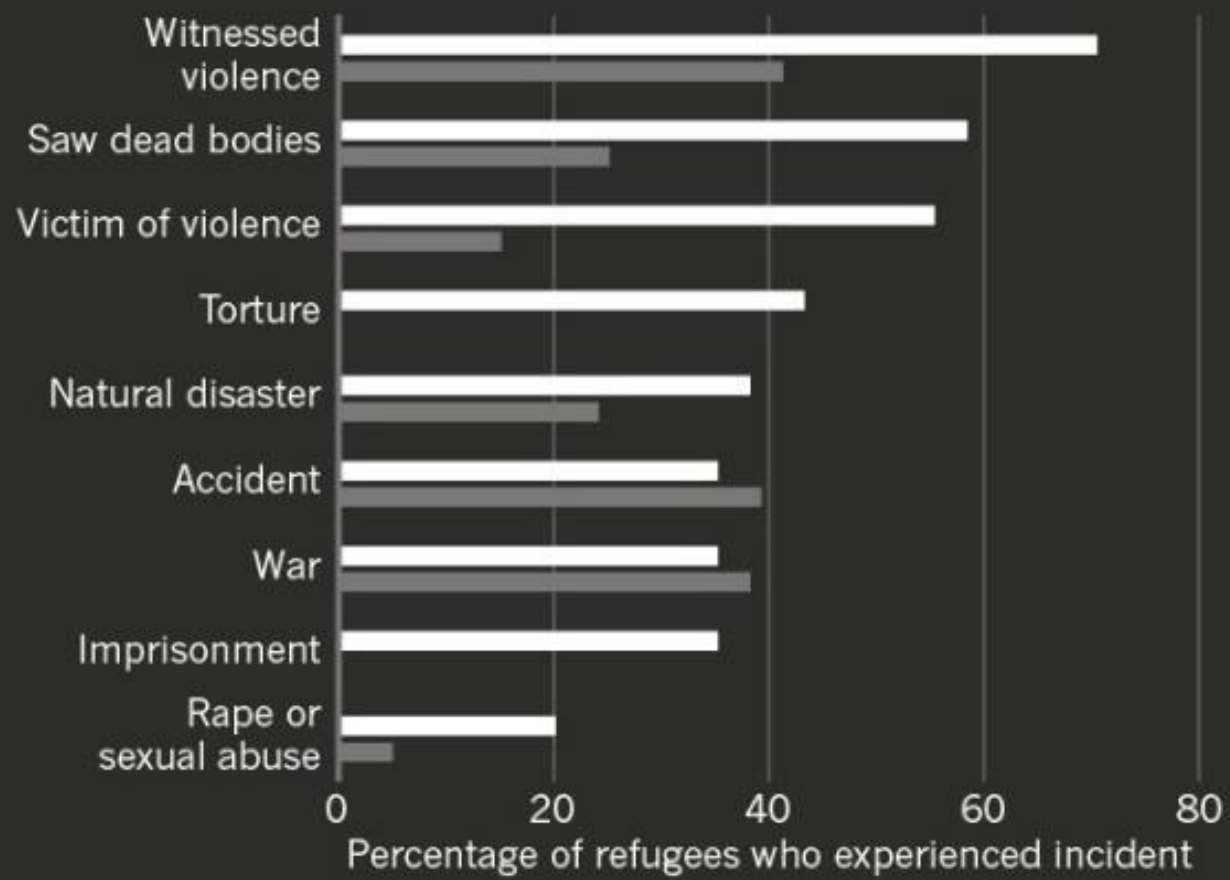


- L'Europa sta vivendo il più grande movimento di persone dalla seconda guerra mondiale.
- Più di 1,2 milioni di persone hanno presentato domanda di asilo nell'Unione europea
- ... più della metà di questi hanno mostrato segni di disturbo mentale (PTSD, ansia, depressione o schizofrenia)
- È una tragedia di salute pubblica ed è uno scandalo che non sia riconosciuto come tale, come sarebbe un'epidemia fisica
- Tre scenari di estremo stress per i rifugiati: i traumi violenti nei loro paesi d'origine; il viaggio stesso; e l'arrivo

TRAUMA

Many refugees in Germany have experienced traumatic incidents; around half suffer from mental illnesses such as post-traumatic stress disorder or depression.

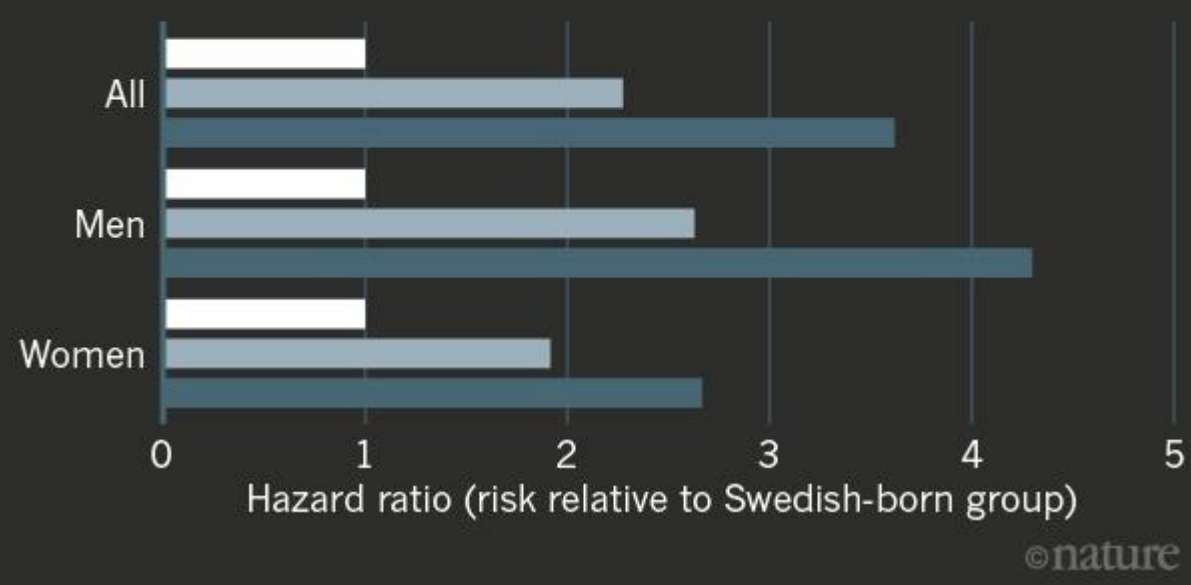
● Adults ● Children



PSYCHOSES

A study of 1.3 million people in Sweden² showed that migrants and refugees have a higher incidence of schizophrenia and other non-affective psychotic disorders.

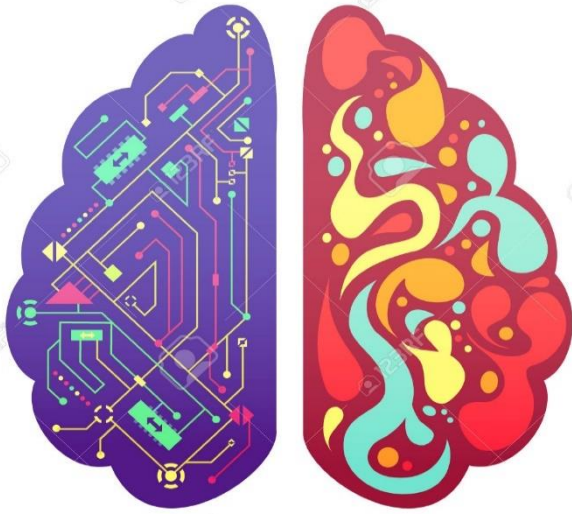
● Swedish born ● Non-refugee migrant ● Refugee migrant



Dove si localizza il trauma ?



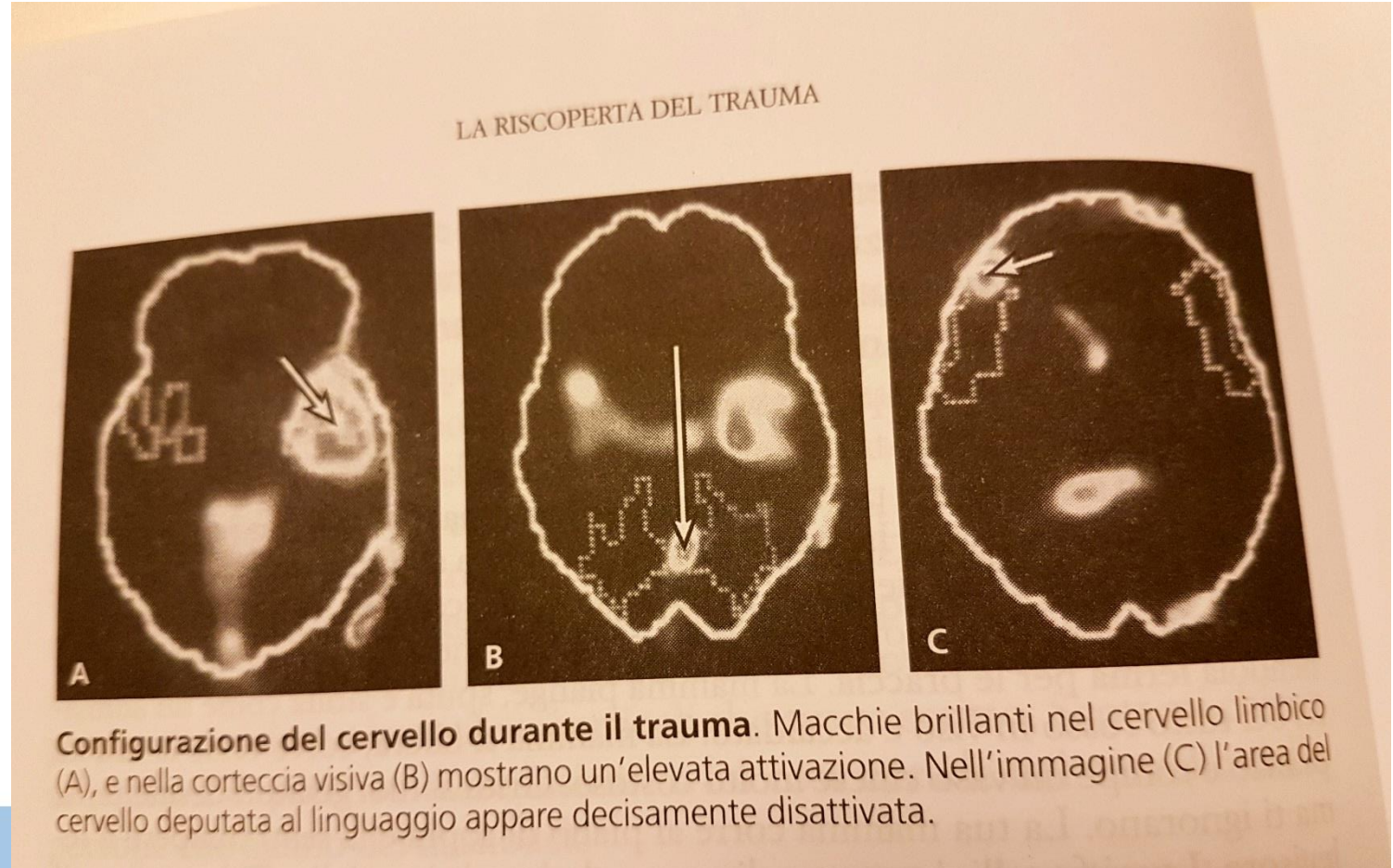
Shakespeare nel Macbeth parlava del terrore senza parole



Emisfero DX

con shut down del sx

Il trauma impedisce accesso al linguaggio e viceversa «al trauma non si riesce a parlare»



Il funzionamento esecutivo

Primo sistema esecutivo

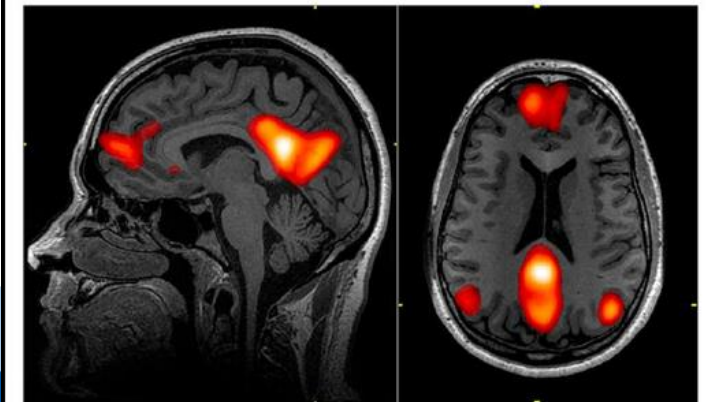
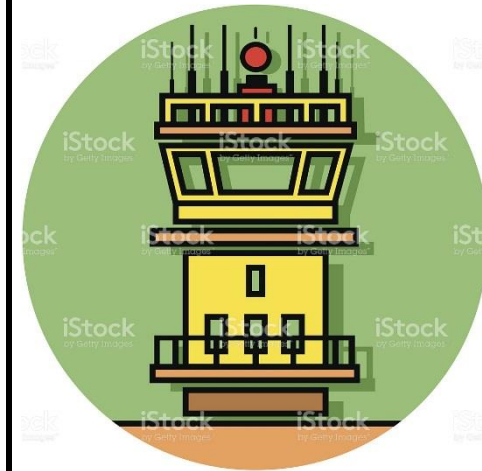
Reti neurali centrate sull'amigdala, che interessano principalmente le strutture sottocorticali destre e il corpo. «Funzioni esecutive primitive»

Secondo sistema esecutivo

Reti frontali-parietali-ippocampali che sequenziano l'esperienza e il comportamento nello spazio-tempo.

Terzo sistema esecutivo

Strutture mediali del cervello associate all'attaccamento, alla consapevolezza di sé e all'empatia verso gli altri. «*Default Mode Network*»



La natura velenosa dello stress sociale

- Uno studio sui meccanismi neurobiologici ha suggerito che il cervello di queste persone è eccessivamente sensibile allo stress sociale, come un flusso di feedback di disapprovazione riguardo se stessi
- Pressioni come l'esclusione sociale aumentano il rischio di psicosi modificando la sensibilità del cervello al neurotrasmettitore dopamina
- Improvvisamente i migranti si rendono conto di aver perso tutto, di non avere alcun controllo su aspetti della loro vita e nessuna posizione sociale.
- Quando viene chiesto loro quali sono i loro maggiori fattori di stress, generalmente non si riferiscono ai loro ricordi traumatici, ma alle loro attuali frustrazioni.

Mental Health Effects of Premigration Trauma and Postmigration Discrimination on Refugee Youth in Canada

Morton Beiser, CM, MD, FRCP,† and Feng Hou, PhD‡*

- Il trauma non è il solo fattore di rischio sulla salute mentale dei rifugiati e dei migranti
- E' una vera condizione di svantaggio di sviluppo che tende a essere trasmesso attraverso le generazioni insieme ad un aumentato rischio per la salute mentale
- Fattori come l'autostima (percezione di essere in grado di svolgere compiti scolastici e domestici e della fiducia nel creare e mantenere gli amici) influiscono anche sulla salute mentale
- L'autostima è composta dalla anche la percezione dell'accoglienza nelle scuole e nei quartieri è importante per la salute mentale



Psychiatric emergencies of minors with and without migration background

Türkan Akkaya-Kalayci · Christian Popow · Thomas Waldhör · Dietmar Winkler · Zeliha Özlü-Erkilic

- La migrazione e la povertà aumentano il rischio di sviluppare disordini psicosociali nei bambini e negli adolescenti
- Differenze culturali, linguistiche, familiari e religiose limitano l'accettazione da parte della popolazione ospite e limitano la partecipazione a attività culturali comuni
- ... aumentando il rischio di disturbi mentali, come disturbi affettivi, ansiosi e psicosomatici
- i bambini e gli adolescenti con background migratorio evitano di frequentare le strutture di cura della salute mentale, i farmaci e la psicoterapia.
- Questo può portare a un maggiore utilizzo delle **cure psichiatriche di emergenza**



Mental health difficulties and suicidal behaviours among young migrants: multicentre study of European adolescents

Elaine M. McMahon, Paul Corcoran, Helen Keeley, Mary Cannon, Vladimir Carli, Camilla Wasserman, Marco Sarchiapone, Alan Apter, Judit Balazs, Raphaela Banzer, Julio Bobes, Romuald Brunner, Doina Cozman, Christian Haring, Michael Kaess, Jean-Pierre Kahn, Agnes Keresztesy, Ursa Mars Bitenc, Bogdan Nemes, Vita Poštuvan, Pilar A. Sáiz, Merike Sisask, Alexandra Tubiana, Peeter Värnik, Christina W. Hoven and Danuta Wasserman

Un precedente tentativo di suicidio è stato segnalato nel 3,6% degli adolescenti migranti.

Rispetto ai non migranti i migranti di prima generazione hanno un'elevata prevalenza di tentativi di suicidio con odds ratio (OR) 2.08.

I disturbi più frequenti riscontrati tra i migranti di origine non europea: disturbi della condotta e iperattività

Conclusioni sono necessari servizi adeguati di salute mentale e supporto alla scuola per soddisfare le complesse esigenze dei migranti adolescenti.



Table 3 Emotional and behavioural difficulties, suicidal ideation and suicide attempt by migration background^a

	Non-migrants (<i>n</i> =9018)	First-generation migrants (European origin) (<i>n</i> =428)	Second-generation migrants (European origin) (<i>n</i> =887)	First-generation migrants (non- European origin) (<i>n</i> =230)	Second-generation migrants (non- European origin) (<i>n</i> =355)	<i>P</i> : overall group differences
SDQ Total Difficulties Score, mean (95% CI)	10.39 (10.28–10.49)	10.76 (10.30–11.28)	10.63 (10.30–10.98)	12.69 (12.05–13.33)	11.90 (11.37–12.46)	<0.0005
SDQ Emotional Score, mean (95% CI)	2.8 (2.75–2.85)	2.83 (2.60–3.06)	2.90 (2.77–3.04)	3.31 (3.02–3.62)	3.15 (2.91–3.38)	<0.0005
SDQ Hyperactivity/ inattention Score, mean (95% CI)	3.58 (3.54–3.62)	3.73 (3.51–3.94)	3.58 (3.45–3.73)	4.34 (4.03–4.62)	3.97 (3.73–4.24)	<0.0005
SDQ Conduct Score, mean (95% CI)	2.3 (2.27–2.33)	2.39 (2.23–2.55)	2.38 (2.28–2.49)	2.52 (2.33–2.72)	2.74 (2.54–2.93)	<0.0005
SDQ Peer Problems Score, mean (95% CI)	1.71 (1.67–1.74)	1.80 (1.66–1.98)	1.77 (1.67–1.87)	2.53 (2.30–2.75)	2.04 (1.88–2.21)	<0.0005
SDQ Pro-social Score, mean (95% CI)	7.46 (7.42–7.50)	7.48 (7.29–7.76)	7.63 (7.51–7.74)	7.38 (7.13–7.63)	7.69 (7.49–7.90)	0.013
Serious suicidal ideation, <i>n</i> (%)	289 (3.2)	24 (5.7)	30 (3.4)	15 (6.7)	34 (9.6)	<0.0005
Suicide attempt (lifetime history) <i>n</i> (%)	276 (3.1)	29 (6.9)	27 (3.1)	20 (9.0)	25 (7.1)	<0.0005



ISSOP position statement on migrant child health.

ISSOP International Society for Social Pediatrics and Child Health, Geneva, Switzerland
Migration Working Group

- I servizi sanitari dovrebbero essere prontamente disponibili e facilmente accessibili
L'assistenza dovrebbe essere dello stesso livello delle cure fornite alla popolazione locale.
- Le informazioni sulla salute dovrebbero essere fornite in una lingua che i bambini e le famiglie migranti possono capire facilmente.
- Interpreti medici e mediatori culturali dovrebbero essere disponibili durante gli incontri di assistenza sanitaria e il personale che lavora con i migranti dovrebbe ricevere una formazione in materia di competenza culturale.
- I professionisti che lavorano con bambini e famiglie migranti dovrebbero avere accesso ai servizi di supporto emotivo.
- Le migliori pratiche basate sull'evidenza nella cura dei bambini migranti dovrebbero essere identificate e rese ampiamente disponibili agli operatori sanitari.
- Dovrebbe essere istituito un osservatorio per studiare i fattori che portano a una scarsa salute psicosociale e mentale
- I pediatri e le società pediatriche dovrebbero lavorare per migliorare la sensibilità delle rispettive popolazioni verso i migranti




Un approccio a tre livelli?

I rifugiati sarebbero inizialmente aiutati da

1. laici bilingui - idealmente migranti o rifugiati stessi - che sono addestrati a guidare le persone attraverso il sistema sanitario (di primo livello)
2. Servizi di consulenza sul trauma (livello due).
3. Quelli più bisognosi passerebbero al terzo livello: psicologi qualificati o psichiatri.

Procedure sanitarie OPBG

	PROCEDURA PER PRESA IN CARICO E DIMISSIONE DI MINORI IN CONDIZIONE DI ABBANDONO E PER LA DIMISSIONE DI MINORI IN ASSENZA DEI GENITORI	Cod. proc. 01.01.39
		Data: 30/03/2016
		Revisione 10
		Pagina 3 di 5

3.2 Intervento

a) Minore in condizioni di abbandono


Il Servizio Sociale si attiva con i servizi del territorio (Servizi Sociali Territoriali, Tutore...) e con gli organi giudiziari competenti (Tribunale per i Minorenni, Giudice Tutelare, etc...) per le comunicazioni e l'acquisizione degli atti necessari alla tutela personale e giuridica del minore. Ogni atto inviato dalle o alle Autorità giudiziarie deve essere visionato e siglato dal Medico di turno della Direzione Sanitaria.

Le richieste di documentazione e informazioni sanitarie da parte degli organi giudiziari e/o tutore devono essere inviate alla Direzione Sanitaria che provvede (medico legale - medico di turno) a predisporre ed inviare la documentazione richiesta (cartelle cliniche - certificati - lettere di dimissione - relazioni su quesiti specifici).

b) Dimissione di minore in assenza dei genitori

Nel caso in cui i genitori, il tutore o chi esercita la responsabilità genitoriale siano assenti al momento della dimissione possono delegare una persona di loro fiducia. La delega deve contenere le seguenti informazioni: generalità del genitore/tutore, estremi di un documento del genitore/tutore (di cui si allega copia fotostatica), nominativo del delegato (che deve essere munito di un documento di riconoscimento: carta di identità, od ogni altro documento equipollente ai sensi del DPR 445/00 art 35 comma 2), assunzione di responsabilità di affidare il minore al delegato al momento della dimissione. Sono accettate, soprattutto nel caso di genitori che si trovano all'estero, o impossibilitati per gravi motivi anche deleghe a mezzo di Fax o e-mail.

Il personale sanitario dell'UO/Servizio che dimette il paziente, prima di affidare il minore a persona diversa dai genitori/tutore, verifica che si tratti di persone delegate dai genitori/tutore medesimi (cfr. procedura 01.01.77 "RAPIMENTO/SOTTRAZIONE/FUGA DI MINORE E MINORE AFFIDATO ALLA DIMISSIONE A GENITORI SBAGLIATI" paragrafo 3.2 e 3.2.1.). In queste situazioni complesse il personale sanitario che ha la responsabilità della dimissione del paziente può consultare la Direzione Sanitaria (medico in turno) e il Servizio Sociale. La Direzione Sanitaria, eventualmente con l'ausilio del Servizio Sociale, supporta il personale sanitario delle UU.OO./Servizi nei casi complessi o dubbi (genitore che si trova all'estero, genitore detenuto ...).

	PROCEDURA RICHIESTA MEDIATORE CULTURALE	Cod. proc. 01.01.52
		Data: 10/05/2016
		Revisione 8
		Pagina 3 di 5

1. SCOPO

Lo scopo della presente procedura è definire la modalità di utilizzo dei servizi di mediazione culturale all'interno dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica alle necessità linguistiche di tutti i pazienti stranieri ed è valida per tutte le Unità Operative e Servizi di tutte le sedi dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e per le case di accoglienza che afferiscono all'Ospedale.

3. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Sono attive in OPBG due modalità complementari di mediazione culturale, che ne consentono l'espletamento 24 ore al giorno tutti i giorni della settimana, compresi i festivi.

3.1 Mediazione telefonica

Il servizio di mediazione culturale può essere richiesto, per oltre 100 lingue, con le modalità che seguono:

da un qualunque telefono dell'Ospedale o delle case di accoglienza digitare il **800432665**, e rispondere alle domande poste in automatico. Il servizio è disponibile 24 ore al giorno tutti i giorni della settimana, compresi i festivi. Il mediatore risponde entro al massimo 5 minuti dalla chiamata. Le chiamate possono essere effettuate sia dal personale che dai familiari e sono registrate per motivi di sicurezza ed a garanzia della validità della traduzione.

3.2 Mediazione in loco con presenza del mediatore culturale in Ospedale

La presenza in Ospedale del Mediatore culturale di persona è da preferire nelle seguenti situazioni, in mancanza delle quali ci si avvarrà della Mediazione telefonica:

1. **consenso** informato all'atto chirurgico ed all'anestesia
2. **comunicazione** da parte del medico di informazioni essenziali
3. **criticità** nella educazione dei familiari
4. **altri** eventuali atti di notevole rilevanza clinica, su richiesta del personale OPBG.



Narrowing the focus on the assessment of psychosis-related PTSD: a methodologically orientated systematic review

Miriam Fomells-Ambrojo^{1*}, Alison Gracie¹, Chris R. Brewin¹ and Amy Hardy²

¹Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London, UK; ²Department of Psychology, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK

Received: 29 April 2016; Revised: 3 July 2016; Accepted: 27 August 2016; Published: 27 September 2016

- I tassi di trauma nel corso della vita nelle persone con grave malattia mentale (SMI) sono stati segnalati fino a circa il 90%
- la psicosi potrebbe essere un fattore di rischio per PTSD, il PTSD come fattore di rischio per la psicosi, o entrambi i disturbi fanno parte di un continuum di risposte al trauma.
- ... questo costruisce " PTSD correlato alla psicosi " (PR-PTSD), definendolo come "PTSD indotto come risultato dell'esperienza della psicosi e delle esperienze di vita sconvolgenti o potenzialmente traumatiche".



I migranti non accompagnati

Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health



Review

Open Access

Mental health issues in unaccompanied refugee minors

Julia Huemer*¹, Niranjan S Karnik², Sabine Voelkl-Kernstock¹,
Elisabeth Granditsch¹, Kanita Dervic¹, Max H Friedrich¹ and Hans Steiner³

- ... sono un sottogruppo altamente vulnerabile della popolazione di rifugiati
- Più dell'80% sono maschi



I migranti non accompagnati

Tropical Medicine and International Health
VOLUME 22 NO 1 PP 110-118 FEBRUARY 2016

doi:10.1111/tmi.12649

Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study

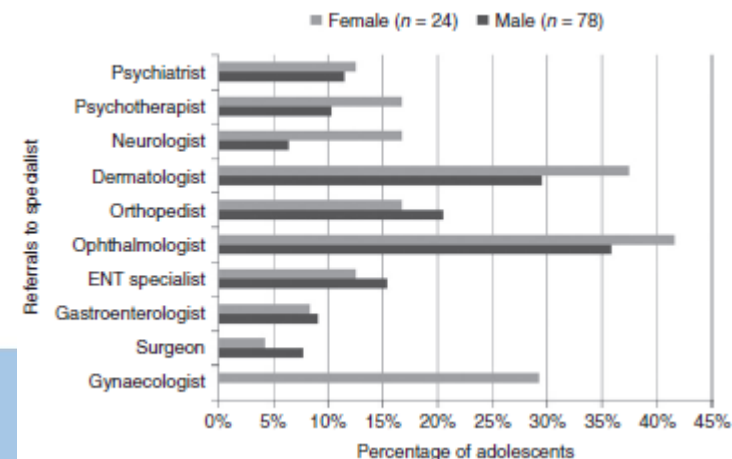
L. Marquardt¹, A. Krämer¹, F. Fischer¹ and L. Prüfer-Krämer²

¹ Department of Public Health Medicine, School of Public Health, University of Bielefeld, Bielefeld, Germany

² Travel Clinic, Bielefeld, Germany

- Il sesso femminile è un fattore importante che predice o influenza i sintomi dello stress post-traumatico
- I rifugiati hanno una salute fisica più povera rispetto alla popolazione che riceve o ai migranti non rifugiati

tal health disorders in refugee minors, Fazel and colleagues [16] reported that 11% (7–17%) were diagnosed with a post-traumatic stress disorder (PTSD), whereas Derluyn and Broekaert [17] detected severe symptoms of anxiety, depression and PTSD in 37–47% of the examined UASA. Using clinical questionnaires, Jakobsen and colleagues [18] found psychiatric disorders in 41.9% of male UASA in Norway. Most prevalent were PTSD (30.6%) and major depressive disorders (9.4%). Völld-Kernstock and colleagues [19] diagnosed PTSD in 17.0% of unaccompanied refugee minors from Africa.



Conclusioni: criticità e prospettive

Età

- Aumentare sensibilizzazione dei migranti rispetto all'importanza della salute mentale

Diagnosi

- Prevenzione sptt sul rischio di disturbi dell'umore e disturbi psicotici
- Prevenzione dell'abuso di sostanze
- Necessità di avere modelli integrati per la valutazione psicodiagnostica

Terapia

- Utilizzo di percorsi di cura che riducano l'impatto sul SSN (farmaci LAI? Miglioramento della rete territoriale?)

Minori non accompagnati

- Snellire i processi di identificazione del pz e di nomina del tutore
- Necessità di esaminare l'influenza dei sistemi legislativi sul benessere di questi minori
- Percorsi condivisi alla dimissione che intercettino la vulnerabilità di questi ragazzi di percorrere traiettorie antisociali
- Promuovere lo sviluppo di misure che aumentino la sensibilità culturale





CARE

Lampedusa, 29 Luglio 2016

**Common Approach for Refugees and other
migrants' health**

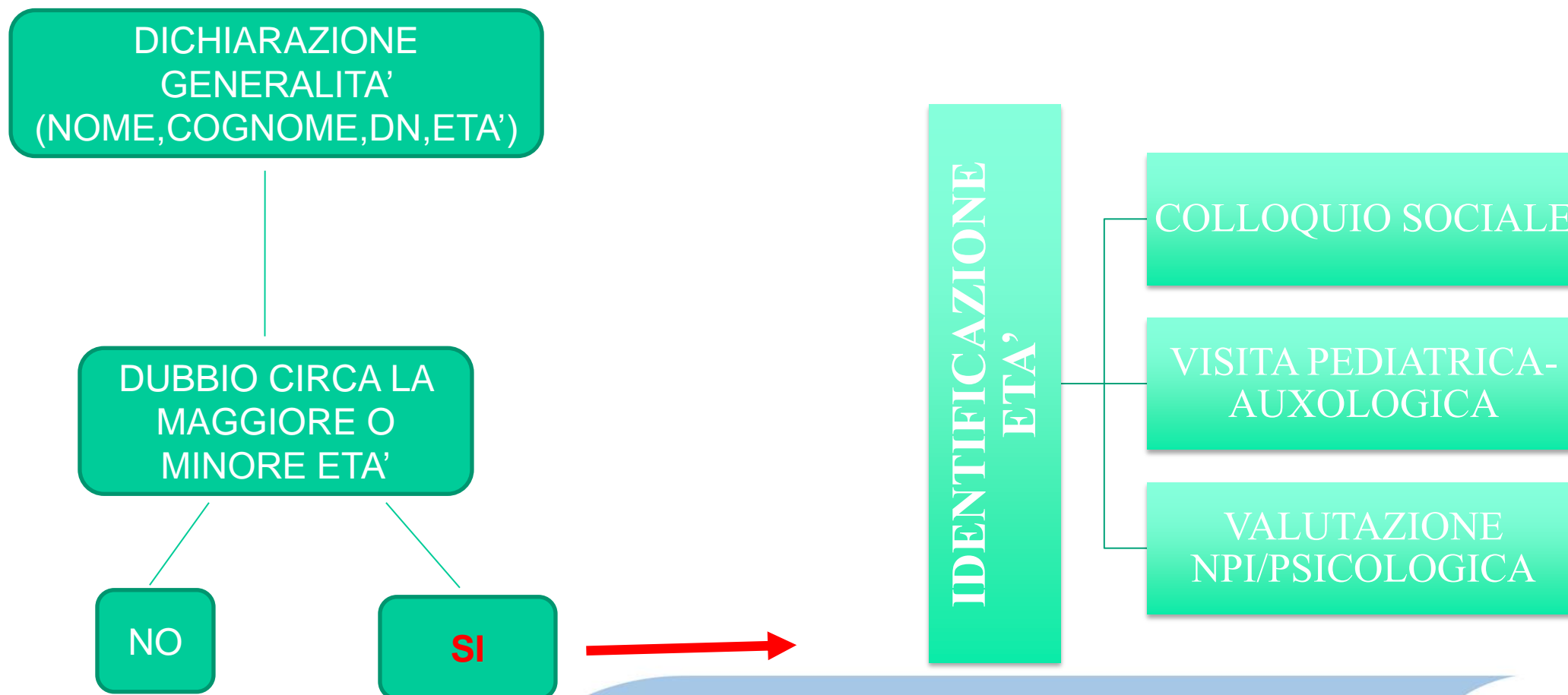
***PROTOCOLLO PER L'IDENTIFICAZIONE E PER
L'ACCERTAMENTO OLISTICO MULTIDISCIPLINARE
DELL'ETÀ DEI MINORI NON ACCOMPAGNATI:***

un assistente sociale

- un pediatra con competenze auxologiche,
- uno psicologo dell'età evolutiva e/o un neuropsichiatra infantile;
- un mediatore interculturale



Protocollo per l'accertamento e identificazione olistico multidisciplinare



Procedura di valutazione cognitiva e psichiatrica



Valutazione Neuropsichiatrica/Psicologica

Obiettivi Principali:

1. Esame dello stato mentale (screening)
2. Esame della capacità cognitiva generale



Valutazione Neuropsichiatrica/Psicologica

1. Esame dello stato mentale (screening):

*Procedura **qualitativa** finalizzata
all'accertamento di una condizione di potenziale
rischio psichiatrico*



VALUTAZIONE STATO MENTALE

Data e ora _____

Informazioni generali (di tipo qualitativo)

Genere

maschio femmina

Razza/Etnia

Africana Asiana Caucasica Latina o Ispanica

Scolarità

anni, specificare ... licenza, specificare ...

Livello socio-economico

basso medio alto

Familiarità

- [1] problemi cognitivi non riferita [1] problemi psichiatrici [0]

Atteggiamento

- [0] collaborativo aggressivo [1] inibito [2] oppositivo [2]

Aspetto generale

- [0] curato [1] trascurato [2] compromesso

Mimica

- [0] mobile [1] ipomobile [2] fissa

Attività motoria

- [0] normale [2] rallentata [2] iperattività

Linguaggio

- [0] normale [2] disorganizzato [2] assente



Critica/giudizio

- [0] presente [1] parziale [2] assente

Percezione

- [0] normale
uditive [1] pseudoallucinazioni [2] allucinazioni
- [2] allucinazioni visive [2] allucinazioni olfattive [2]
allucinazioni somatosensoriali

Pensiero/Forma

- [0] normale [2] rallentato [2] accelerato [2]
disorganizzato

Pensiero/Contenuto

- [0] normale [2] ossessivo [2] delirante

Umore

- [0] eutimico [1] deflesso [1] ipomaniacale [2]
maniacale [2] misto



Ideazione suicidaria

[2] si [0] no

Codifica: 1 = di grado lieve 2 = di grado severo

CRITERIO: la presenza di un punteggio pari a 2 in almeno 1 dei domini considerati determina una condizione di rischio psichiatrico.

Valutatore.....



Valutazione Neuropsichiatrica/Psicologica

2. Esame della capacità cognitiva generale:

*Procedura finalizzata all'accertamento del **livello di sviluppo cognitivo** raggiunto dal soggetto nei principali domini neuropsicologici*



Brief Reports

Assessment of a Modified Mini-Mental Scale for Cognitive Functions in Children

M. Jain and G.R. Passi

*From the Department of Pediatrics, Choithram Hospital and Research Center,
Indore, Madhya Pradesh 452 014, India.*

*Correspondence to: Gouri Rao Passi, 139, Indrapuri, Indore (MP), 452 017, India.
E-mail: gouripassi@hotmail.com*

*Manuscript received: December 3, 2004, Initial review completed: January 14, 2005;
Revision accepted: February 25, 2005.*



The Proforma

Functions	Tests	Score I
1. Orientation	<ul style="list-style-type: none"> Sex/ Name/ Last Name/ Recognizes Relative (One point for each, total score 4) Place/ City/ State/ Country (One point for each total score 4) Day/ Date/ Month/ Year (One point for each, total score 4) 	
2. Attention and Concentration	<ul style="list-style-type: none"> Minimum of 2 and Maximum of 5 digits forward (One point for each, total score 4) Minimum of 2 and Maximum of 4 digits backward (One point for each, total score 3) 	
3. Registration & Sensory perception	<ul style="list-style-type: none"> Identify 3 objects by name (One point for each, total score 3) 	
4. Recall	<ul style="list-style-type: none"> Tell 3 objects presented previously (One point for each, total score 3) 	



5. Language

- **Name Body Parts**
 - Points to 5 body parts (One point for each, total score 5)
- **Command (Three Step)**
 - Unwrap the toffee, give the wrapper to the doctor & then eat it (One point for each, total score 3)
- **Repeat Sentence**
 - Billi doodh peeti hai (total score 1)
- **Reading**
 - Reads his/ her name (Total score 1)
- **Writing**
 - Writes own name (Total score 1)
- **Copy a design**
 - ○ (Total score 1)

Total score



Brief Reports

Assessment of a Modified Mini-Mental Scale for Cognitive Functions in Children

M. Jain and G.R. Passi

TABLE II—*Mean and Standard Deviation of Modified Child MMSE Scores in Different Age Groups in Control Group A.*

Age group	Mean	Standard deviation	Score at 2 standard deviation (Approx.)
3-5 years	29	2.34	24
6-8 years	34.72	3.03	28
9-11 years	34.90	2.77	30
12-14 years	36.80	0.63	35



Valutazione Neuropsichiatrica/Psicologica: Raccomandazioni finali

1. *La raccolta di informazioni deve avvenire attraverso un colloquio approfondito e il più possibile strutturato*
2. *La scheda di valutazione dello stato mentale e la somministrazione del MMSE devono essere effettuate da uno psicologo dell'età evolutiva/neuropsichiatra infantile*
3. *Gli esiti della valutazione devono essere «confrontati» e riletti anche alla luce di quanto emerso dalla visita medico-auxologica (setting multidisciplinare)*

